

Article

« De la sociologie de l'innovation à l'imagination sociologique. La théorie des champs à l'épreuve de la profession infirmière »

Philippe Longchamp, Kevin Toffel, Felix Bühlmann et Amal Tawfik

Cahiers de recherche sociologique, n°59-60, 2015-2016, p. 135-156.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/1036790ar>

DOI: 10.7202/1036790ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

De la sociologie de l'innovation à l'imagination sociologique. La théorie des champs à l'épreuve de la profession infirmière

PHILIPPE LONGCHAMP, KEVIN TOFFEL,
FELIX BÜHLMANN ET AMAL TAWFIK

Pour un (r)appel à l'imagination sociologique

Par-delà les controverses qui animent les sociologues, philosophes et historiens des sciences sur les différents modes de connaissances scientifiques¹, il existe un consensus largement partagé sur le rôle attendu de toute science : celui de faire des découvertes. Celles-ci reposent sur des « critères de vérité » qui sont propres à la « méthode scientifique » entendue au sens général d'une part, et à des procédés spécifiques reconnus par chaque univers disciplinaire d'autre part². Au-delà des spécificités disciplinaires, on retiendra surtout ici de Gingras que l'évolution des sciences est aujourd'hui avant tout le fait de l'« imagination conceptuelle et instrumentale des scientifiques³ ».

Dans son ouvrage célèbre, Mills présente l'*imagination sociologique* comme étant essentiellement la faculté de « changer de perspective à volonté

1. Terry Shinn, Pascal Ragouet, *Controverses sur la science. Pour une sociologie transversaliste de l'activité scientifique*, Paris, Raisons d'agir, 2005.

2. Yves Gingras, *Propos sur les sciences. Entretiens avec Yannick Villedieu*, Paris, Raisons d'agir, 2010.

3. *Ibid.*, p. 25.

et à représenter fidèlement la société et ses parties⁴». Ce serait précisément cette capacité à imaginer, consistant à « rapprocher des idées que personne ne croyait compatibles⁵ », qui distinguerait le sociologue du technicien. Et Mills d'avancer l'hypothèse que ce serait parce qu'il est trop bien « formé » que le technicien n'aurait le loisir d'explorer des domaines alors devenus inenvisageables. La science sociologique avancerait donc au gré de l'imagination des chercheurs, rompant tant avec les habitudes qu'avec les modes. Et si, un demi-siècle après le plaidoyer de Mills, les sociologues, encore plus *formés* par une discipline toujours plus établie et hautement segmentée en sous-espaces thématiques, avaient une tendance toujours plus accrue à passer à côté d'une imagination indispensable pour « changer de perspective à volonté » ?

Après une première partie où nous présentons les enjeux épistémologiques et théoriques sur lesquels repose la posture que nous avons adoptée ici, nous montrons l'intérêt qu'il y a à se saisir de la profession infirmière en la considérant, à l'aide de la théorie des champs de Bourdieu, comme un *espace social*. Nous présentons ainsi les résultats obtenus par une enquête par entretiens et par questionnaires nous ayant permis d'établir la structure de la profession infirmière constituée par les enjeux de luttes spécifiques à cet espace.

Sociologie et épistémologie

Bien que la sociologie, en raison à la fois du caractère historique de son objet et de la nature interprétative de son analyse, évolue comme les autres sciences du social dans un « espace assertorique non poppérien⁶ », elle n'en reste pas moins soumise à l'impératif de construction de l'objet. Dans la droite ligne de Mills, on peut donc concevoir l'imagination du sociologue comme étant une manière d'éclairer des objets ou des phénomènes sociaux sous un jour inédit. L'élément novateur réside alors, en suivant le mot de Saussure, non dans l'objet mais bien dans le point de vue qui le crée. Ainsi, que l'on s'intéresse à des processus ou à des objets « anciens » (l'usage du téléphone) ou « nouveaux » (l'usage du téléphone intelligent), les questions sont toujours nouvelles en ce qu'elles sont le fruit d'une construction sociologique. Au fond, tout comme Croce disait qu'il n'est, par-delà les découpages chronologiques que la discipline a établi, d'histoire que contemporaine⁷, on peut dire qu'il n'est *de facto* de questions sociologiques qu'innovantes.

4. Charles W. Mills, *L'imagination sociologique*, Paris, La Découverte, 2006, p. 216.

5. *Ibid.*, p. 216.

6. Jean-Claude Passeron, *Le raisonnement sociologique*, Paris, Albin Michel, 2006.

7. Benedetto Croce, *Théorie et histoire de l'historiographie*, Paris, Droz, 1968.

Si l'imagination du sociologue procède de la construction, c'est avant tout contre celle de l'illusion du savoir immédiat. Dans le cas d'une sociologie de ce que nous avons appelé l'*espace infirmier*⁸, cette rupture doit en particulier s'opérer à deux niveaux : avec les habitudes (théoriques) d'une part et avec les modes (thématiques) d'autre part. Premièrement, bien que les *formes sociales*⁹ changent, les « grandes questions » auxquelles la sociologie permet de répondre demeurent sensiblement les mêmes. Aussi, les outils sociologiques ayant fait leur preuve de longue date restent la plupart du temps heuristiques pour s'emparer de « nouveaux objets ». Il faut toutefois se prémunir contre le risque de ne manier les acquis d'une tradition que comme des prêt-à-penser théoriques. La mobilisation de l'héritage d'une discipline scientifique n'a de sens précisément qu'une fois soumise à l'épreuve empirique de chaque nouvel objet.

Deuxièmement, si les sciences sociales voient s'opérer un processus classique de spécialisation que l'on peut voir à l'œuvre dans tout développement disciplinaire, le projet sociologique de se saisir d'une question spécifique ne doit pas être l'arbre qui cache la forêt. Nous proposons donc ici une alternative aux approches des sociologies thématiques s'étant partagé le monde de la sociologie en fiefs bien réglés. Si la sociologie d'un phénomène particulier n'est jamais que le prétexte pour dire des choses *en général* sur le monde social, l'hyperspécialisation thématique, sous couvert d'expertise, peut paradoxalement conduire à une certaine cécité du chercheur. Cette parcellisation de la discipline reflète en partie une « sociologie spontanée », *i.e.* une sociologie qui reproduit les divisions d'un monde social alors réifié, traversé qu'il serait par des domaines d'activités séparables les uns des autres. La sociologie devrait en effet toujours se saisir d'objets construits « qui n'ont plus rien de commun avec les unités découpées par la perception naïve¹⁰ ».

Théorie des champs et profession infirmière

C'est forts des principes épistémologiques et théoriques qui précèdent, et en nous inscrivant dans la perspective critique de la notion de profession¹¹, que nous avons mobilisé la théorie des champs pour l'analyse de la profes-

8. Philippe Longchamp, Kevin Toffel, « Un espace infirmier ? Éléments pour une analyse structurale de la profession infirmière », *Working paper*, n° 1, Haute École de Santé Vaud, 2016 [https://www.academia.edu/20161837/Un_espace_infirmier_%C3%89l%C3%A9ments_pour_une_analyse_structurale_de_la_profession_infirmi%C3%A8re].

9. On renvoie ici le lecteur à un recueil de textes majeurs de la tradition sociologique : Georg Simmel, *Sociologie et épistémologie*, Paris, Presses universitaires de France, 1981.

10. Pierre Bourdieu, Jean-Claude Chamboredon, Jean-Claude Passeron, *Le Métier de sociologue*, Paris, Bordas, 1968, p. 59.

11. Pierre Bourdieu, Loïc J. D. Wacquant, *Réponses. Pour une anthropologie réflexive*, Paris, Seuil, 1992.

sion infirmière. La notion de champ désigne « des espaces structurés de positions (ou de postes) dont les propriétés dépendent de leur position dans ces espaces et qui peuvent être analysées indépendamment des caractéristiques de leurs occupants (en partie déterminées par elles)¹² ». Le caractère innovant de notre démarche réside notamment dans l'usage d'un programme théorique habituellement mobilisé pour l'analyse de groupes sociaux dominants et fortement masculinisés pour analyser un microcosme social dominé et fortement féminisé.

La perspective que nous avons privilégiée vise à rompre avec les recherches habituellement menées sur la profession infirmière. Bien que ces recherches – qu'elles soient d'inspiration interactionniste, dans la tradition américaine largement répandue de l'analyse des professions médicales, ou d'inspiration ethnographique – soient précieuses pour mettre en lumière les enjeux inter ou intra-professionnels¹³, ou pour montrer les enjeux spécifiques de la formation¹⁴ ou du contenu du travail¹⁵, elles manquent cependant d'une vision d'ensemble permettant d'embrasser l'entièreté de la profession. Or, une telle perspective est nécessaire pour saisir les tensions et enjeux qui structurent les rapports sociaux au sein d'un microcosme social particulier, et ce, en dehors d'une coprésence physique des agents ou même de leur rattachement à une même institution. En effet, un des apports décisifs de l'approche structurale associée à la théorie des champs réside dans le fait que des agents « peuvent ne jamais se rencontrer, voire s'ignorer méthodiquement, et rester profondément déterminés, dans leur pratique, par la relation d'opposition qui les unit¹⁶ ». L'approche que nous adoptons permet ainsi de rendre compte de toute la dimension structurante d'une profession appréhendée comme un champ ; autrement dit comme un *espace de luttes* au sein duquel les prises de position des agents doivent au moins autant à la position qu'ils occupent au sein de cet espace qu'à leurs dispositions incorporées.

Lieu d'enquête et méthodologie

Il n'existe que peu de littérature sociologique sur les soins infirmiers en Suisse romande, où l'on peine par ailleurs à distinguer clairement la profession dans les bases statistiques officielles en raison de taxinomies et de critères

12. Pierre Bourdieu, « Quelques propriétés des champs », dans Pierre Bourdieu, *Questions de sociologie*, Paris, Éditions de Minuit, 1984, p. 113.

13. Jean Peneff, *L'hôpital en urgence*, Paris, Métailié, 1992. Anne Véga, *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris, Éditions des archives contemporaines, 2000.

14. Pascale Thouvenin, « Ethnographie de la formation des infirmières françaises », *Regards sociologiques*, 2004, p. 35-53.

15. Françoise Acker, « Les infirmières en crise ? », *Mouvements*, vol. 2, 2004, p. 60-66.

16. Pierre Bourdieu, « Le champ littéraire », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 89, 1991, p. 7.

d'inclusion disparates. Certains éléments permettent toutefois de considérer ce lieu géographique comme une sorte de laboratoire de la profession. Premièrement, en raison des rapides changements qui touchent la formation. Fruit d'une lutte qui opposa durant toute la première partie du XX^e siècle les écoles bourgeoises associées aux maisons religieuses d'une part, les formations pratiques destinées à un public plus laïque et populaire d'autre part¹⁷, les six écoles de soins infirmiers de cette région ont suivi un long processus de laïcisation et d'académisation sanctionné par l'accession, dès 2002, à un niveau Bachelor. Cette valorisation de la formation s'est poursuivie avec l'ouverture, en 2009, de filières Master et Doctorat à l'Université de Lausanne. Deuxièmement, la Suisse romande connaît un rapide mouvement d'externalisation de certaines prises en charge traditionnellement assurées par l'hôpital¹⁸, entraînant une multiplication du nombre de postes extra-hospitaliers qui, nous le verrons, contribuent à modifier la structure de l'espace infirmier.

La méthode de récolte des données comprend un volet qualitatif et un volet quantitatif. Mené au printemps 2012, le volet qualitatif consiste en 21 entretiens semi-dirigés avec des infirmières¹⁹ exerçant en Suisse romande²⁰. Le secteur d'activité et le canton d'exercice ont constitué les deux principaux critères de sélection des personnes interrogées qui se répartissent dans les six cantons de Suisse romande et exercent dans 20 secteurs différents. Les entretiens ont été menés sur les lieux professionnels. Ils ont été intégralement retranscrits et soumis à une analyse thématique. Compte tenu de la taille réduite de cet article, nous ne mobilisons les résultats de ce volet qualitatif que pour illustrer certaines prises de position des infirmières²¹.

Le volet quantitatif consiste en un questionnaire élaboré sur la base de résultats du volet qualitatif²². La passation du questionnaire s'est déroulée de mai à septembre 2014. En l'absence d'un registre statistique regroupant l'ensemble de la population infirmière en Suisse, nous avons dû renoncer à l'échantillonnage aléatoire pour privilégier un échantillonnage en deux étapes. La première a consisté à construire un échantillon des principales institutions publiques, parapubliques et privées qui emploient des infirmières

17. Joëlle Droux, *L'attraction céleste. La construction de la profession d'infirmière en Suisse Romande (XIX^e-XX^e siècles)*, Thèse non publiée, 2000, Université de Genève.

18. Hélène Jaccard Ruedin et al., *Personnel de santé en Suisse – État des lieux et perspectives jusqu'en 2020*, Neuchâtel, OBSAN, 2009.

19. Compte tenu de la large surreprésentation de femmes dans la profession, le mot « infirmière » désigne également le masculin dans l'ensemble de l'article.

20. Le volet qualitatif a été financé par le Fonds stratégique de la Haute École de Suisse Occidentale, ainsi que par la Haute École de Santé Vaud.

21. Pour un exposé détaillé des résultats du volet qualitatif, voir Philippe Longchamp, Kevin Toffel, *op. cit.*

22. Le volet quantitatif a été financé par le Fonds national de la recherche scientifique (subside n° 1000 17_146042).

en Suisse romande. La seconde a consisté à distribuer notre questionnaire à toutes les infirmières des institutions sélectionnées. Pour ce faire, et compte tenu du faible taux d'affiliation aux diverses associations professionnelles²³, la distribution du questionnaire par le biais des directions a constitué notre voie privilégiée²⁴. Au total, 226 institutions employant des infirmières ont été contactées. Parmi elles, 157 ont accepté de distribuer le questionnaire auprès de leur personnel soignant, 62 n'ont pas donné suite à notre demande et 7 ont refusé de distribuer le questionnaire.

Cette méthode d'échantillonnage a été complétée par un mailing envoyé par l'Association Suisse des Infirmières à tous ses membres francophones, ainsi que par une mobilisation des associations faîtières des infirmières indépendantes et des infirmières d'entreprise. Au final, 3935 questionnaires exploitables ont été récoltés.

Quelques caractéristiques de l'échantillon

Les hommes composent 15,7 % de notre échantillon, soit un taux légèrement supérieur à celui de la profession à l'échelle nationale évalué à environ 11 %²⁵. L'âge moyen de l'échantillon est de 43 ans et 61,6 % est de nationalité suisse. Mesurées à la position sociale du père, les origines sociales se répartissent en 48,5 % de classes moyennes et supérieures, 31,3 % de classes populaires et 20,2 % de petits indépendants, soit une certaine surreprésentation des classes moyennes et supérieures par rapport à la population nationale.

Toutes les positions de l'espace infirmier sont représentées dans l'échantillon. Sans les énumérer toutes (nous distinguons 41 secteurs au total), signalons que 69,2 % de l'échantillon exerce en milieu hospitalier. Parmi les autres positions, mentionnons les établissements médico-sociaux (EMS)²⁶ (5,8 %), les Soins à domicile (5,3 %), la Santé scolaire (4,2 %), l'Enseignement et la recherche (3,1 %), l'Établissement socio-éducatif (2,9 %) et la Pratique indépendante (1,7 %).

Stratégie d'analyse

Pour construire l'espace social des infirmières, nous avons réalisé une analyse des correspondances multiples (ACM) qui permet de dégager le système des

.....
23. Seuls 26,5 % des individus de notre échantillon sont affiliés à l'Association Suisse des Infirmières.

24. Afin de limiter les biais éventuels liés à cette distribution par la voie hiérarchique, le texte de présentation du questionnaire spécifiait que l'employeur n'aurait aucun accès aux données et que les informations seraient traitées de manière anonyme.

25. Hélène Jaccard Ruedin *et al.*, *op. cit.*

26. C'est le nom donné en Suisse romande aux maisons de retraite.

relations objectives et des oppositions qui structurent cet espace, à savoir la distribution des différentes formes de capital²⁷. L'ACM vise à réduire un nombre important d'informations (prenant la forme de variables) à quelques grandes dimensions (ou facteurs). Basée sur une logique de décomposition géométrique, elle fournit des représentations synthétiques des multiples relations entre variables et entre les observations (individus statistiques) sous forme de visualisations graphiques²⁸. En projetant les variables et les observations sur un plan géométrique, l'ACM montre des contiguïtés et des proximités mais aussi des oppositions et des distances entre des observations caractérisées par leurs propriétés²⁹. L'ensemble des distances entre individus définit un nuage de n points dans un espace multidimensionnel, appelé nuage des individus. L'ACM conduit également à définir un nuage de k points appelé nuage des modalités. En ajustant un nuage par la méthode des moindres carrés orthogonaux, on définit les axes principaux³⁰. La projection des points du nuage sur le premier axe principal fournit le meilleur ajustement unidimensionnel du nuage. La projection sur le plan engendré par les deux premiers axes principaux fournit le meilleur ajustement bidimensionnel, et ainsi de suite. Les individus et les modalités qui ont participé à la détermination des axes sont dits actifs. Les individus ou les modalités qui n'ont pas participé à la détermination des axes peuvent être représentés par la technique dite des éléments supplémentaires. Pour nos analyses, nous avons utilisé une ACM spécifique qui permet de gérer les valeurs manquantes, les variables rares ou non utilisables³¹.

L'espace infirmier

Pour rendre compte de la structuration de l'espace infirmier, nous utilisons dans le présent article les notions de « capital médical » et de « capital infirmier ». Nous définissons le capital médical comme l'ensemble des ressources acquises par la pratique autant que par la formation, et relatives à la physiopathologie, à la pharmacologie et à la maîtrise de gestes techniques impliquant le plus souvent la manipulation d'instruments ou de machines. Le capital infirmier désigne quant à lui l'ensemble des ressources issues des sciences humaines et sociales ou des savoirs paramédicaux, acquises par la pratique

27. Pierre Bourdieu, *Les structures sociales de l'économie*, Paris, Seuil, 2000.

28. Julien Duval, « Analyser un espace social », dans Serge Paugam (dir.), *L'enquête sociologique*, Paris, Presses universitaires de France, 2010, p. 267-290. Brigitte Le Roux, Henry Rouanet, *Multiple Correspondence Analysis*, Londres, SAGE, 2010.

29. Julien Duval, « Analyser un espace social », *op. cit.*

30. Brigitte Le Roux, Henry Rouanet, *op. cit.*

31. *Ibid.*, p. 61-62.

autant que par la formation et dont la mise en œuvre permet non seulement une prise en charge des patients, mais aussi une meilleure autodétermination professionnelle.

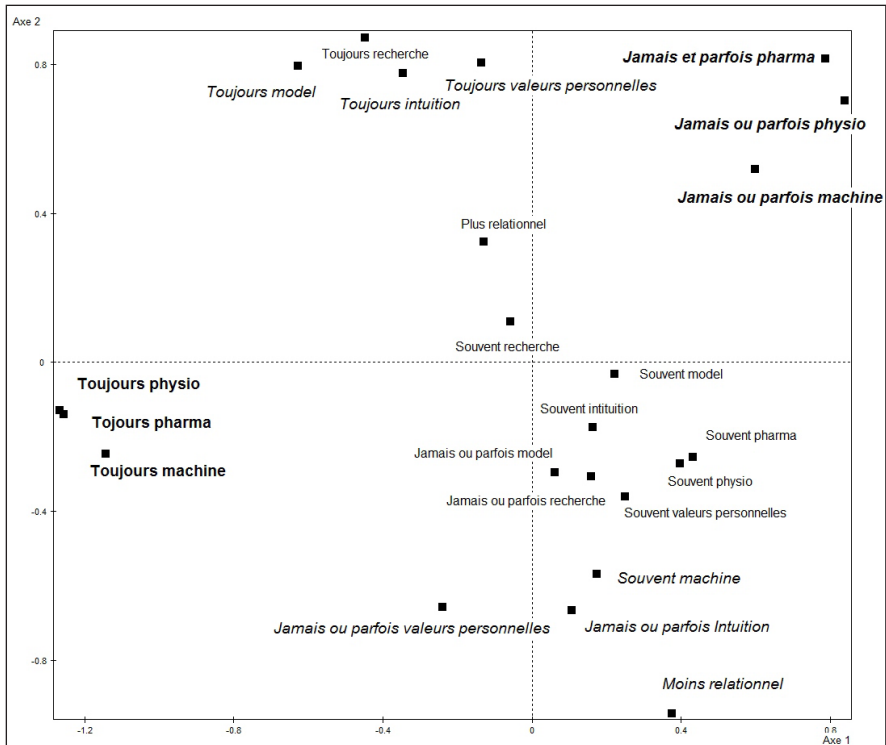
Les indicateurs de ces deux formes de capital que nous avons retenus pour notre ACM sont tous tirés d'une même question formulée ainsi : « Dans le cadre de votre travail, à quelle fréquence mobilisez-vous... ». Suivait une liste de huit différents types de compétences et savoirs qui, sans prétendre à l'exhaustivité, sont néanmoins typiques du travail infirmier. Parmi ces huit variables, trois constituent des indicateurs de capital médical et cinq constituent des indicateurs de capital infirmier. Les individus présentant des valeurs manquantes sur les huit variables ($n=622$) ou qui ont systématiquement coché la modalité « toujours » ($n=40$) ont été exclus de l'analyse, qui porte sur un total de 3273 individus.

Pour chacune de ces variables, quatre modalités de réponse étaient proposées : « jamais », « parfois », « souvent » et « toujours ». La modalité « jamais » n'étant que rarement choisie, nous avons procédé à un recodage afin de regrouper les réponses en trois modalités : « rare » (qui recouvre les modalités « jamais » et « parfois »), « souvent » et « toujours ». La seule exception concerne la question relative aux compétences relationnelles, pour laquelle la majorité des réponses se concentre sur les modalités « souvent » et « toujours ». Ces réponses ont été recodées en deux modalités : « plus » (qui recouvre la modalité « toujours ») et « moins » (qui recouvre les trois autres modalités).

Deux axes ont été retenus pour notre analyse, dont les valeurs propres sont respectivement de 0,27 et 0,23. Seules les questions et modalités dont les contributions aux axes sont supérieures à la contribution moyenne font l'objet d'une interprétation. Soit, pour les questions, des contributions supérieures à 12,5 % ($100/8$) et, pour les modalités, des contributions supérieures à 4,34 % ($100/23$).

Le premier axe (horizontal) est exclusivement défini par les trois questions relatives au capital médical. Ces trois questions expliquent 87,5 % de la variance du premier axe, soit 32,6 % pour la mobilisation de connaissances physiopathologiques, 31,2 % pour la mobilisation de savoirs pharmacologiques et 23,7 % pour l'utilisation de machines ou appareils techniques. Les six modalités de réponse retenues pour l'interprétation du premier axe (en gras sur le graphique 1) contribuent ensemble à 79,7 % de sa variance. Sur la gauche du premier axe se trouvent les modalités « toujours physio » (21,8 %), « toujours pharma » (21,3 %) et « toujours machine » (16,2 %), alors que sur la droite se trouvent les modalités « jamais ou parfois physio » (7,5 %), « jamais ou parfois machine » (7,1 %) et « jamais ou parfois pharma » (5,8 %).

Graphique 1
L'espace infirmier
Modalités actives relatives aux capitaux médical et infirmier
dans le plan factoriel 1-2



Source: InfirmiQuanti

Note: N=3273. Les modalités en gras sont celles retenues pour l'interprétation du premier axe. Les modalités en italique sont celles retenues pour l'interprétation du deuxième axe.

Concernant le deuxième axe (vertical), quatre questions présentent des contributions à la variance supérieures à la moyenne: la mobilisation des valeurs personnelles (20,9%), la mobilisation des compétences relationnelles (16,5%) et la mobilisation de l'intuition (15,7%). Ces questions totalisent ainsi 53,1% de la variance de ce deuxième axe. S'agissant des modalités de réponse, dix modalités (en italiques dans le graphique) présentent des contributions supérieures à la moyenne et peuvent donc être retenues pour l'interprétation de l'axe: en haut se trouvent les modalités « toujours valeurs personnelles » (12,8%), « toujours intuition » (9,6%), « jamais ou parfois pharma » (7,4%),

«jamais ou parfois machine» (6,4%), «jamais ou parfois physio» (6,3%) et «toujours model» (6,1%). En bas se trouvent les modalités «moins de compétences relationnelles» (12,3%), «jamais ou parfois intuition» (5,2%), «jamais ou parfois valeurs personnelles» (5,2%) et «souvent machine» (5,0%). Au total, ces dix modalités contribuent pour 82,1% de la variance du deuxième axe.

Capital médical et capital infirmier

Le premier axe correspond au volume de capital médical. Tandis que les infirmières situées à gauche de l'axe mobilisent toujours leurs connaissances en physiopathologie, en pharmacologie et leurs connaissances en utilisation de machines ou appareils techniques, les infirmières situées à sa droite ne mobilisent que très rarement ces trois types de connaissances. Quant au deuxième axe, il représente le volume de capital infirmier. On trouve ainsi en haut de l'espace les infirmières qui mobilisent toujours les modèles théoriques de soins infirmiers, leur intuition ou encore leurs valeurs personnelles. En bas de l'espace se trouvent les infirmières qui ne mobilisent que rarement leur intuition ou leurs compétences relationnelles.

L'organisation orthogonale du volume de ces deux formes de capital suppose une distribution relativement indépendante, et donc une absence de structure en chiasme: si un fort volume de capital infirmier a tendance à être associé à un faible volume de capital médical, le volume de capital médical n'a en revanche aucune valeur prédictive sur celui du capital infirmier. Quatre fractions idéaltypiques d'infirmières peuvent ainsi être distinguées: celle qui, située dans une région de l'espace que nous qualifierons de «pôle médical» (en bas à gauche), regroupe les individus qui présentent un volume de capital médical élevé pour un volume de capital infirmier faible; celle qui, située dans la région opposée que nous qualifierons de «pôle infirmier» (en haut à droite), regroupe les individus qui présentent un volume de capital infirmier élevé pour un volume de capital médical faible; celle qui regroupe les individus cumulant le capital médical et le capital infirmier (en haut à gauche); celle qui, enfin, regroupe les individus relativement dépourvus des deux formes de capital (en bas à droite). Les deux diagonales imaginaires qui, se croisant au centre du schéma, relieraient ces quatre fractions peuvent ainsi être considérées comme les axes de *volume* et de *structure* des deux formes de capital.

Formes de capital et dispositions

En retenant pour indicateurs des deux formes de capital les connaissances et compétences que les infirmières déclarent mobiliser dans leur pratique quo-

tidienne, nous nous exposons au risque de considérer comme *absence* ce qui ne serait en fait que la manifestation d'une *mise en veille*: peut-on en effet conclure du simple fait qu'une infirmière déclare ne mobiliser que rarement ses connaissances en pharmacologie et en physiopathologie qu'elle est *dépourvue* de capital médical? Ne devrait-on pas plutôt considérer qu'elle ne fait que s'adapter aux exigences du secteur dans lequel elle exerce par une *mise en veille* de ses connaissances en pharmacologie et physiopathologie, connaissances qu'elle a souvent déjà mises à l'épreuve par l'exercice passé dans un secteur très médicalisé? Si tel devait être le cas, nos indicateurs ne nous autoriseraient pas à distinguer les infirmières sous le rapport de leur possession des différentes formes de capital, mais seulement sous le rapport des *différentes formes d'actualisation d'un fond de connaissances largement partagé*. Et l'on pourrait alors nous reprocher un certain « glissement contextualiste³² » dans lequel les pratiques et productions des infirmières ne s'expliqueraient non pas par leurs dispositions, mais uniquement par le secteur dans lequel elles exercent.

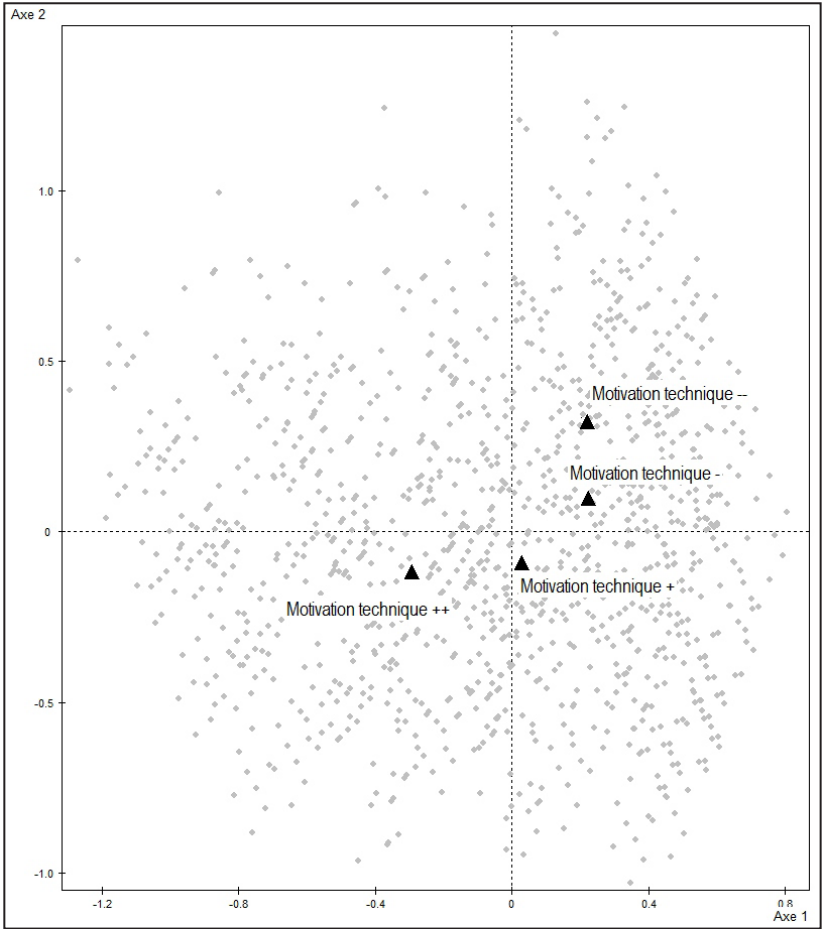
Afin de montrer que nos deux formes de capital ne peuvent être réduites à une simple actualisation contextualisée de connaissances et qu'elles recouvrent bel et bien des dispositions durables et fortement discriminantes au sein de notre population, nous prenons en considération les réponses à une proposition portant sur les motivations à l'origine du choix de la profession: « C'est la dimension technique qui m'a motivée à devenir infirmière. » Les infirmières pouvaient se positionner sur une échelle à quatre modalités comprises entre « ne s'applique pas du tout » et « s'applique tout à fait ». La projection de cette motivation « technique » en élément supplémentaire dans l'espace montre que les modalités de réponse se distribuent conformément à la possession des deux formes de capital: alors que les infirmières dont la dimension technique a fortement pesé sur le choix professionnel se retrouvent au pôle médical de l'espace, celles pour qui cette dimension n'a pesé que faiblement se retrouvent au pôle infirmier (cf. graphique 2).

Si l'on ne peut exclure un certain effet d'illusion retrospective (la question porte sur un choix qui remonte souvent à plusieurs années), il n'en demeure pas moins que ce résultat permet de considérer que, loin de se limiter à une simple activation et mise en veille de connaissances réparties de manière homogène au sein de notre population, les deux formes de capital que nous mesurons renvoient bel et bien à des dispositions qui, pour partie antérieures à l'exercice de la profession, participent à l'orientation même de la trajectoire professionnelle.

32. Bernard Lahire, *Monde pluriel. Penser l'unité des sciences sociales*, Paris, Seuil, 2012, p. 36.

Graphique 2

**La motivation « technique »
Modalités supplémentaires des modalités relatives
à la motivation « technique » dans le plan 1-2**



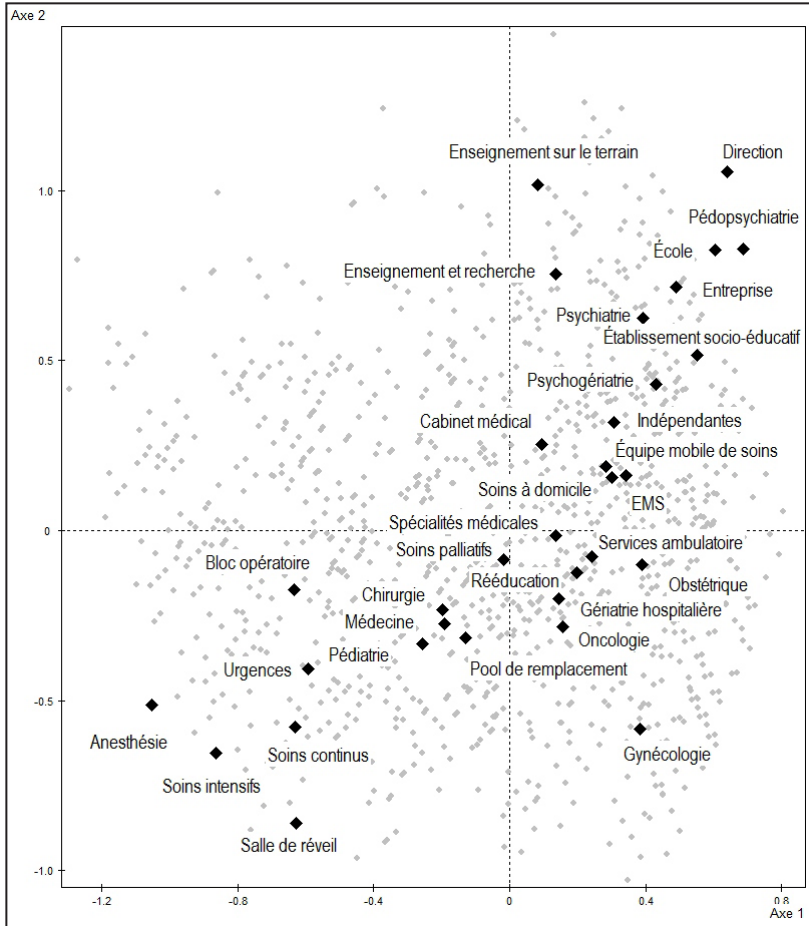
Source: InfirmiQuanti

Note: N=3273

Formes de capital et positions

En cohérence avec notre cadre théorique qui suppose que la structure des formes de capital soit étroitement liée aux différentes positions de l'espace infirmier, les différents secteurs d'activité (ici regroupés en 32 modalités) ont été projetés en éléments supplémentaires (cf. graphique 3).

Graphique 3
L'espace des secteurs
Modalités supplémentaires dans le plan 1-2



Source: InfirmiQuanti

Note: N=3273

La distribution de ces secteurs sur un axe diagonal allant du pôle médical (en bas à gauche) au pôle infirmier (en haut à droite) de l'espace confirme l'importance de la relation entre la structure de capital des infirmières et la position qu'elles occupent dans l'espace professionnel. Les infirmières qui présentent une structure de capital à dominante infirmière se retrouvent surtout dans les secteurs de santé communautaire (Santé scolaire, Santé en entreprise, Établissements socio-éducatifs), de soins aux personnes âgées (EMS, Psychogériatrie,

Soins à domicile) ainsi qu'en Psychiatrie. Soit des secteurs où la médicalisation – comprise comme la fréquence de contacts entre infirmières et médecins – est la plus basse³³. Dans la région opposée de l'espace, les infirmières qui présentent une structure de capital à dominante médicale exercent prioritairement dans les secteurs les plus aigus, soit l'Anesthésie, les Soins intensifs, les Urgences, la Salle de réveil et le Bloc opératoire, où la médicalisation est la plus élevée³⁴. Les infirmières relativement dépourvues des deux formes de capital exercent prioritairement en Gynécologie et Obstétrique, soit dans des secteurs qui, compte tenu de la composition de leur public autant que de celle des soignantes, peuvent être qualifiés de « lieux d'entre-soi féminin³⁵ ». Enfin, les infirmières qui cumulent les deux formes de capital n'évoluent pas dans un secteur spécifique.

Trajectoires professionnelles et charges familiales

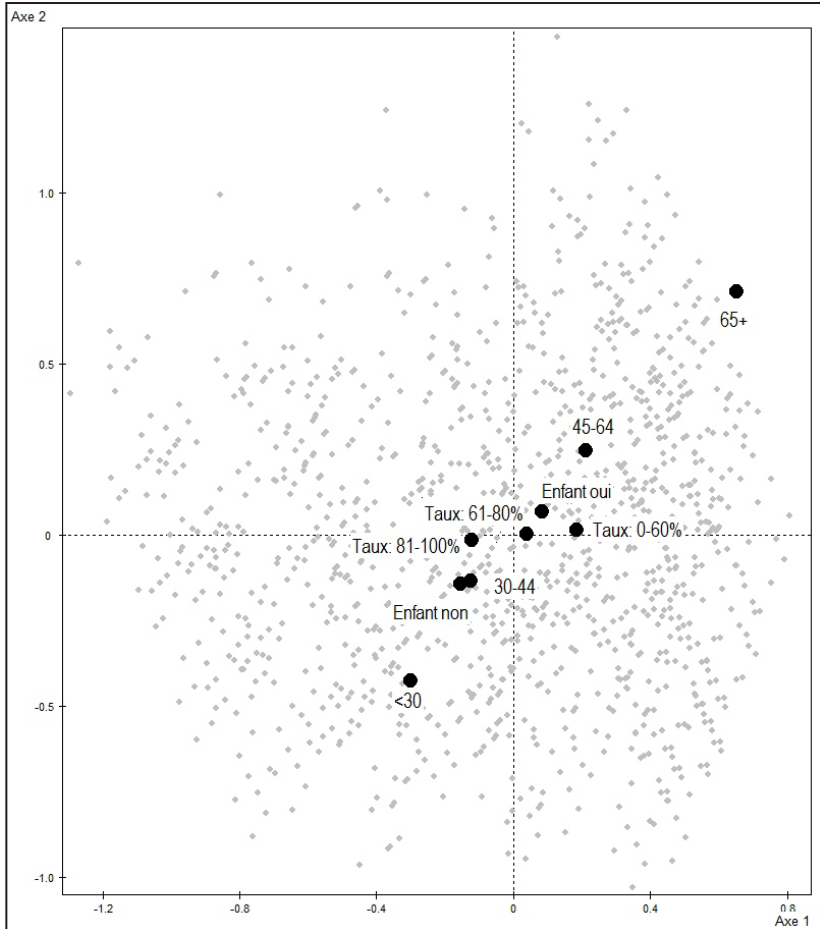
Des éléments supplémentaires socio-démographiques (âge, charges familiales et taux d'activité) ont été projetés dans l'espace (cf. graphique 4). Leur distribution se superpose largement avec celle des différents secteurs. Alors que les infirmières les plus jeunes, qui n'ont pas d'enfant à charge et qui exercent à un taux élevé se retrouvent proches du pôle médical, les plus âgées qui exercent à taux partiel et qui ont un ou plusieurs enfants à charge se retrouvent plutôt au pôle infirmier de l'espace. Une telle distribution renvoie clairement au caractère dynamique de cet espace, où les différents secteurs peuvent aussi représenter des étapes dans les parcours professionnels. À la différence de la plupart des champs qui se caractérisent par plusieurs « portes d'entrée » dont le prestige détermine la position que peut espérer occuper un individu, l'espace infirmier ne possède qu'une seule porte d'entrée, l'hôpital, qui apparaît aux yeux des infirmières comme le lieu privilégié d'acquisition d'un capital médical qu'elles risqueraient de « perdre » si elles brûlaient cette étape : « Je me suis dit : “Si je passe le diplôme, si je pars tout de suite en gériatrie, je risque de perdre un peu l'aspect aux soins aigus” » (Entretien Médecine). Ainsi, et alors que certains secteurs hospitaliers, tels la Chirurgie ou la Méde-

33. Alors que la valeur moyenne de l'indice de médicalisation (échelle allant de 0 et 5) est de 2,25, les secteurs mentionnés présentent des valeurs situées entre 0,5 et 1,4. La psychogériatrie, qui offre la particularité d'être située au pôle infirmier tout en étant le plus souvent dans une structure hospitalière, présente une valeur légèrement supérieure à la moyenne (2,3).

34. Ces secteurs présentent tous un indice de médicalisation supérieur à 3,3.

35. Avec 95,9% (pour une moyenne générale de 84,3%), les femmes sont nettement surreprésentées dans ces services. Sur la division horizontale des secteurs d'activité dans une perspective de genre, et sur le statut qu'y occupent la gynécologie et l'obstétrique, voir Karrie A. Snyder, Adam I. Green, « Revisiting the Glass Escalator: The Case of Gender Segregation in a Female Dominated Occupation », *Social Problems*, vol. 55, 2008, p. 271-299.

Graphique 4
Âge, taux d'activité et charges familiales
Modalités supplémentaires dans le plan factoriel 1-2



Source: InfirmiQuanti

Note: N=3273

ciné, peuvent être considérés comme des secteurs de «début de carrière», d'autres, tels l'Établissement socio-éducatif ou la Santé scolaire, doivent au contraire être considérés comme des secteurs de «fin de carrière»³⁶.

36. Alors que la proportion d'infirmières occupant leur premier poste de travail s'élève à 23,9 % en Chirurgie et 20,5 % en Médecine, elle n'est que de 3,8 % en Établissement socio-éducatif et 1,2 % en Santé scolaire.

Les trajectoires professionnelles dessinent ainsi un déplacement modal allant du pôle médical au pôle infirmier de l'espace. Toutes les infirmières ne suivent évidemment pas cette trajectoire : comme en atteste l'ancienneté moyenne des différents secteurs, une partie d'entre elles connaît de longues carrières au pôle médical³⁷. Partant, la trajectoire professionnelle impliquant une inversion de la structure de capital est souvent déterminée par un certain nombre de facteurs dont les charges familiales, qui supposent souvent une réduction du taux d'activité, ne semblent pas être des moindres dans cette profession fortement féminisée³⁸. Il s'ensuit que certaines caractéristiques des infirmières varient en raison directe de la distance qui sépare leur position dans l'espace de la « porte d'entrée » de la profession : plus cette distance est grande plus l'âge et la probabilité d'avoir des enfants augmentent tandis que le taux d'activité diminue.

Un prestige par procuration

Loin de n'enregistrer que des *différences*, les positions de l'espace infirmier traduisent également des *inégalités* qui se manifestent sous la forme de rapports sociaux de domination. Un indice de ces rapports sociaux est repérable dans les réponses livrées à une question invitant les infirmières à attribuer un score de prestige compris entre 0 et 6 à une liste de 20 secteurs (*cf.* graphique 5). Deux principaux enseignements peuvent être tirés des résultats. Premièrement, cette échelle des moyennes de prestige attribuées à chaque secteur n'enregistre pas la moindre variation lorsqu'elle est rapportée aux caractéristiques individuelles : qu'ils soient femmes ou hommes, jeunes ou âgés, situés dans des secteurs « prestigieux » ou « non prestigieux », tous les individus s'accordent sur une seule et même hiérarchisation des secteurs selon le prestige.

Cet accord sur le prestige des différents secteurs s'apparente à celui mis en évidence dans l'étude classique de Treiman³⁹ à propos du prestige des professions. Mais il convient toutefois de relever une différence fondamentale : alors que le prestige des professions est lié à certaines caractéristiques telles que le revenu moyen, le niveau de formation exigé ou encore l'autonomie dans le travail⁴⁰, il n'en va pas de même du prestige des secteurs infirmiers.

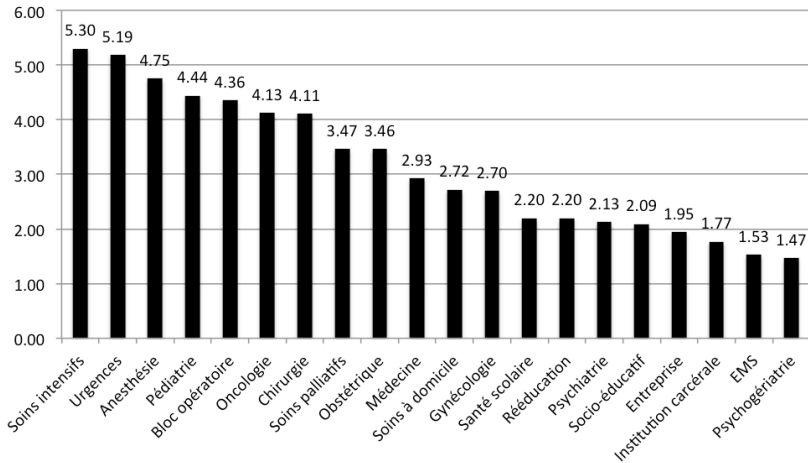
37. L'ancienneté moyenne des Soins intensifs (8,10 ans) est ainsi significativement supérieure à celle de la Psychiatrie (6,41 ans).

38. Philippe Longchamp, « Des infirmières scolaires dans l'espace social », *Carnets de bord en sciences humaines*, vol. 16, 2009, p. 45-66.

39. Donald J. Treiman, *Occupational Prestige in Comparative Perspective*, New York/San Francisco/Londres, Academic Press, 1977.

40. Christine Chambaz, Éric Maurin, Constance Torelli, « L'évaluation sociale des professions en France. Construction et analyse d'une échelle des professions », *Revue française de sociologie*, vol. 39, 1998, p. 177-226.

Graphique 5
Échelle de prestige des secteurs
Scores moyens attribués à 20 secteurs



Source: InfirmiQuanti

Note: N=3199 à 3236

De fait, une analyse menée sur les données agrégées des 20 secteurs présentés dans le graphique 5 montre que ni le revenu moyen ni le niveau moyen de formation ne sont associés à leur prestige qui est pour ainsi dire exclusivement déterminé par la médicalisation mesurée à la fréquence moyenne des contacts entre infirmières et médecins. Ainsi s'explique le fait que l'échelle de prestige reproduise à peu de choses près l'ordre des secteurs selon le premier axe de notre espace (capital médical), ceux situés sur la gauche récoltant les scores les plus élevés, ceux situés sur la droite devant se contenter des scores les plus faibles. L'effet de la médicalisation est tel que, contrairement à ce qui s'observe pour les professions en général, ce n'est pas l'autonomie, mais bien son absence (forte présence de tâches médico-déléguées d'une part, faible importance des soins relationnels d'autre part) qui est associée au prestige des secteurs⁴¹.

41. La corrélation bivariée entre les classements des 20 secteurs selon leur prestige d'une part, selon leurs scores moyens de tâches médico-déléguées d'autre part, s'élève à 0,740. La corrélation entre les classements des 20 secteurs selon leur prestige d'une part, selon leurs scores moyens de soins relationnels s'élève à - 0,714.

Le deuxième enseignement qu'il faut retenir de cette échelle de prestige est le caractère hétéronormé de l'espace infirmier, qui se traduit par l'adhésion de ses membres à un principe de hiérarchisation qui, directement importé du champ médical, pourrait être qualifié de « prestige par procuration ». Les principes de domination qui régissent les rapports sociaux entre les infirmières des différents secteurs ne font ainsi que reproduire ceux qui caractérisent la relation entre le champ médical et l'espace infirmier.

Formes de capital et prises de position

Le capital médical offre à celles qui le détiennent des avantages qui font directement écho au prestige des secteurs auxquels il donne accès. À commencer par un fort sentiment d'employabilité. Alors que les infirmières faiblement dotées de capital médical ont une vision relativement restreinte des secteurs auxquels elles pourraient avoir accès, celles qui sont fortement dotées de cette forme de capital estiment au contraire que leur expérience et leur formation leur donne un accès direct à la plupart des secteurs de la profession (cf. graphique 6, triangles noirs)⁴². Et l'existence de cette « élite professionnelle » n'est pas exempte de tensions au sein de l'espace infirmier. Exerçant en Médecine, Mme Dunod⁴³ ressent un certain mépris de la part des infirmières de Soins intensifs : « Si on regarde la relation qu'on a avec les soins intensifs, ils pensent qu'on fait rien du tout, [...] ils nous causent comme si on comprenait pas ce qu'étaient les médicaments. » Une situation dont sont bien conscientes certaines infirmières des Soins intensifs, telle Mme Richoz : « On a un peu la réputation qu'on se la pète, qu'on se sent meilleures que les autres parce qu'on travaille dans un service plus à la pointe. Donc qu'on se croit meilleures, plus performantes. »

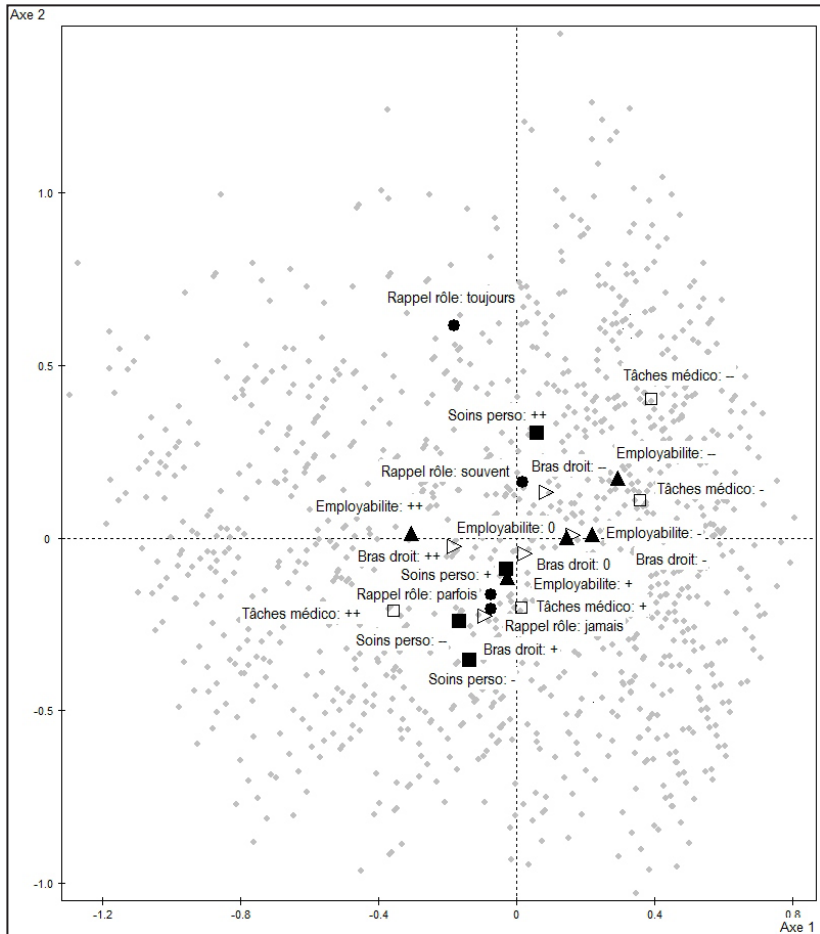
Cependant, parce qu'il comporte une dimension hétéronormée, le capital médical est aussi associé à certains désavantages, notamment en termes d'autonomie professionnelle. Ce sont ainsi les infirmières les mieux dotées de cette forme de capital qui déclarent la part la plus importante de tâches médico-déléguées dans leur activité (carrés transparents)⁴⁴. Mais ce manque objectif d'autonomie semble cependant relativement bien assumé, si l'on en croit leur forte adhésion à la métaphore plutôt conservatrice de l'infirmière

42. L'intitulé de la proposition était : « Compte tenu de mon expérience et de ma formation, je pense être directement employable dans la plupart des secteurs de la profession ». L'échelle de réponse était comprise entre 1 « pas du tout d'accord » et 7 « tout à fait d'accord ». Ces 7 modalités ont été recodées en 5 par le regroupement des catégories extrêmes.

43. Pour respecter l'anonymat des interviewées, les noms ont été modifiés.

44. L'intitulé de la proposition était : « Les tâches médico-déléguées constituent une part importante de mon activité ». Les modalités de réponse étaient comprises entre 1 « ne s'applique pas du tout » et 4 « s'applique tout à fait ».

Graphique 6
L'espace des prises de position
Modalités supplémentaires dans le plan factoriel 1-2



Source: InfirmiQuanti

Note: N=3273

comme « bras droit » du médecin (triangles transparents)⁴⁵. S'il en va ainsi, c'est que leur statut de « subalterne » du médecin n'est pas nécessairement vécu comme tel. Au contraire, la maîtrise de la pharmacologie couplée à

45. L'intitulé de la proposition était: « L'infirmière est le bras droit du médecin ». L'échelle de réponse était comprise entre 1 « pas du tout d'accord » et 7 « tout à fait d'accord ». Ces 7 modalités ont été recodées en 5 par le regroupement des catégories extrêmes.

une organisation informelle du travail donnent souvent à ces infirmières la possibilité d'agir sans attendre l'aval du médecin, leur procurant alors un fort sentiment d'autonomie. M. Ropars, infirmier aux Urgences, parle ainsi d'un « diagnostic primaire infirmier » pour désigner un diagnostic provisoirement posé par une infirmière et qui, en l'attente d'une sanction médicale, permet d'accélérer le flux des patients. « L'intérêt de la prise en charge aux urgences, c'est d'anticiper le médecin. C'est là que nous, entre guillemets, en tant qu'infirmier, on progresse. » Dans la même veine, Mme Richoz, qui exerce aux Soins intensifs, explique qu'elle jouit d'une autonomie « sur délégation médicale » dont les infirmières d'autres secteurs ne disposent pas, faute de connaissances suffisantes :

Il y a des choses parfois où on est un peu autonomes sur délégation médicale. Ils [les médecins] nous donnent un cadre, et puis on manage certains médicaments dans ce cadre-là. [...] À l'étage, je pense qu'il y a des choses où elles ont moins de marge de manœuvre. [...] De mon patient, je connais tout, je connais ses pathologies, ses antécédents, je connais toute la fonction cardiaque, respiratoire, comment il urine, comment on l'alimente, je connais son laboratoire. [...] Elle [l'infirmière à l'étage], elle peut pas savoir. Elle peut pas décider de donner un médicament parce qu'elle connaît pas tout le reste.

Comme en atteste le positionnement des modalités relatives aux tâches médico-déléguées (carrés transparents), la combinaison d'un fort capital infirmier et d'un faible capital médical est associée à une faible part des activités médico-déléguées dans l'activité quotidienne. Les infirmières du pôle infirmier semblent donc jouir d'une autonomie supérieure à celles du pôle médical. Cette tendance est confirmée par la possibilité de livrer des soins plus personnalisés, qui est fortement associée à la possession d'un capital infirmier (carrés noirs)⁴⁶. Ce qu'explique fort bien Mme Maystre, lorsqu'elle expose les différentes modalités d'intervention dans le cadre des Soins à domicile :

J'ai une collègue qui ouvre tout le temps les frigos. Elle c'est son truc, elle va tout le temps penser à ça. Il y a une collègue qui va plutôt regarder les pieds parce que c'est un truc auquel elle pense. Et c'est vrai que pour plein de choses comme ça, on a un regard différent.

Mais alors que la faible autonomie des infirmières du pôle médical n'est pas nécessairement vécue comme telle par ces dernières, la forte autonomie des infirmières du pôle infirmier s'accompagne d'un certain flou identitaire qui contraint ces infirmières à rappeler régulièrement aux autres professionnels

46. L'intitulé de la proposition était : « Chaque infirmière à la possibilité de développer sa propre manière de donner les soins ». Les modalités de réponse étaient comprises entre 1 « ne s'applique pas du tout » et 4 « s'applique tout à fait ». Ces quatre modalités ont été conservées mais remplacées par les signes « - » et « + ».

la nature de leur rôle (ronds noirs)⁴⁷. Ce qu'exprime Mme Gorlier, infirmière à domicile, qui se voit contrainte de réexpliquer son « job » à chaque nouvelle aide-soignante : « Ce qui est difficile à domicile c'est la communication. Parce que moi je vais expliquer bien mon job à une aide ; et puis s'il y en a cinq qui passent chez ce patient, il faudra bien que je le fasse cinq fois quoi. »

Au final, c'est à une lutte entre deux formes d'autonomie que se livrent les infirmières des deux pôles de l'espace infirmier. D'une part, une autonomie « sous tutelle médicale », qui se traduit par une marge de manœuvre à l'intérieur d'un cadre défini ; d'autre part, une autonomie davantage affranchie de la tutelle médicale. Mais cette lutte ne se fait pas à armes égales. Les deux formes de capital qui y sont engagées présentent en effet une inégalité de rendements qui renvoie directement à la position de l'espace infirmier dans lequel elles déploient leurs effets : loin de présenter toutes les caractéristiques d'un champ, il se présente plutôt comme un sous-espace du champ médical dont il adopte les principes de classement et de hiérarchisation.

Conclusion

Selon Passeron, une théorie féconde en sociologie « produit la possibilité et l'exigence de nouvelles observations empiriques dont les conditions mêmes *étaient impensables tant qu'elles n'étaient pas pensées dans les catégories de la théorie*⁴⁸ ». Pour conclure cet article, il convient donc d'identifier les exigences empiriques de la théorie des champs qui confèrent un caractère innovant à notre analyse de la profession infirmière. Nous en distinguons trois.

Permettant de dépasser les perspectives parcellaires autant que les visions par trop homogénéisantes, la première de ces exigences nous a menés à considérer la profession infirmière comme un espace structuré de positions. En recourant à l'analyse géométrique nous avons identifié deux formes de capital, médical et infirmier, qui structurent l'espace infirmier en *distinguant* autant qu'en *unissant* l'ensemble de ses membres. Cette première exigence nous a ainsi permis de livrer une « topographie » de la profession infirmière ; démarche inédite à notre connaissance.

Fidèle au principe suivant lequel « il n'y a de sociologie que des rapports inégaux et des figures de la différence⁴⁹ », la deuxième exigence empirique nous a poussés à considérer les inégalités que recouvrent les différences. Nous avons ainsi montré que la possession des deux formes de capital identi-

47. L'intitulé de la proposition était : « Je dois rappeler aux autres professionnels quel est mon rôle ». Les modalités de réponse étaient comprises entre 1 « jamais » et 4 « toujours ».

48. Jean-Claude Passeron, *op. cit.*, p. 603. Italiques dans l'original.

49. *Ibid.*, p. 385.

fiées est associée à une lutte pour la définition même de l'exercice professionnel, et notamment pour le type de relations entretenues avec la profession médicale. Ces deux formes de capital présentent cependant des rendements très inégaux : le capital médical offre à celles qui le détiennent des avantages substantiels, tels l'accès aux secteurs unanimement reconnus comme les plus prestigieux, un fort sentiment d'employabilité ou encore un sentiment d'autonomie basé sur la maîtrise des savoirs pharmacologique et physiopathologique. Ainsi, et contrairement aux divisions opérées tant par les discours émiques que par nombre d'analyses sociologiques sur la profession, la division de l'espace infirmier ne repose pas seulement sur des *différences*, que celles-ci soient d'ordres statutaire, genré ou pratique, mais aussi sur des *inégalités* qui se manifestent sous la forme de rapports sociaux de domination.

Enfin, la troisième exigence empirique nous a permis de remonter le fil de ces rapports de domination. Nous avons montré que la hiérarchisation des secteurs suivant leur prestige s'explique directement par leur degré de médicalisation. Fortement intériorisées, les oppositions reposant sur les critères médicaux et infirmiers « tendent [ainsi] à s'imposer comme les principes fondamentaux des pratiques et de la perception des pratiques⁵⁰ ». Un tel « prestige par procuration » renvoie à la position spécifique qu'occupe l'espace infirmier, entièrement *inséré dans* et *dominé par* le champ médical dont il reproduit les principes de classement. Ce faible pouvoir de réfraction de l'espace infirmier nous mène à la considérer non comme un champ, mais bien comme un espace social qui ne répond qu'à certaines propriétés du champ.

Ces trois exigences empiriques n'épuisent évidemment pas les possibilités offertes par la théorie des champs. Une autre voie d'analyse qui s'annonce féconde concerne la relation que l'espace infirmier entretient avec l'espace social global. Il faudrait alors se demander dans quelle mesure la position qu'occupe une infirmière dans l'espace social global tend à commander la position qu'elle occupe au sein de l'espace infirmier et, partant, ses prises de position.

Ainsi, s'il est saisi avec une certaine imagination sociologique, un objet de recherche demeure par définition inépuisable. Et pour autant que cette imagination ne soit pas élaborée *in abstracto* mais qu'elle s'inspire, comme le défend Eribon, des « grilles de lecture » léguées par les « grands auteurs »⁵¹, l'innovation peut toujours surgir de la mobilisation d'une « vieille » théorie pour l'étude d'un « vieil » objet.

50. Pierre Bourdieu, *La distinction*, Paris, Éditions de Minuit, 1979, p. 191.

51. Didier Eribon, *La société comme verdict*, Paris, Fayard, 2013, p. 64.